**Anmeldung zur Auslandsversicherung**

**bei der Unfallversicherung Bund und Bahn**

Im Zuständigkeitsbereich Bund

Betriebsnummer (8-stellig):

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ .

Im Zuständigkeitsbereich Bahn

Kundennummer (10-stellig):

900 000 \_ \_ \_ \_ .

**Wichtig:** **Bitte die vorgenannte Betriebs- bzw. Kundennummer angeben und für jede zu versichernde Person ein gesondertes Anmeldeformular benutzen.**

1. **Angaben zum teilnehmenden Unternehmen (bitte bei erstmaligem Antrag vollständig ausfüllen,**

**danach nur noch im Änderungsfall)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name des Unternehmens mit Anschrift (Straße/Postfach, PLZ, Ort) | | |
| Ansprechpartner im Unternehmen | Telefon | E-Mail |
| 1. **Person, die im Rahmen der Auslandsversicherung versichert sein soll** | | |
| Nachname, Vorname der zu versichernden Person | | Geburtsdatum |
| Zielstaat der Entsendung | Beginn des Auslandsaufenthaltes bis ggf. voraussichtliches Ende | |
| Die vorgenannte Person (bitte den zutreffenden Fall ankreuzen und ggf. beschreiben)  ist Beschäftigte/r des teilnehmenden Unternehmens  ist bei ruhendem inländischem Beschäftigungsverhältnis während dieser Zeit Beschäftigte/r eines ausländischen (Tochter)-Unternehmens  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  länger als 12 ( ), 24 ( ), 36 ( ) Monate bzw. für einen nicht im Voraus begrenzten Zeitraum ( ) dorthin entsandt worden  im Ausland eingestellt worden oder nach dem jeweiligen nationalen Recht unzureichend gegen Versicherungsfälle versichert  hat einen inländischen Wohnsitz bzw. beabsichtigt nach Beendigung der Tätigkeit im Ausland wieder einen solchen zu begründen.  Für die vorgenannte Person wurde bei der DVKA ein Antrag auf Weitergeltung der deutschen Rechtsvorschriften gestellt (bitte den zutreffenden Fall ankreuzen)  Entscheidung liegt noch nicht vor  Antrag wurde bewilligt  Antrag wurde abgelehnt. | | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ort, Datum Firmenstempel, Unterschrift

Anlage(n):  Vollmacht  …

**Zurück an:**

Unfallversicherung Bund und Bahn

Mitgliedschaft und Beitrag

(LAW-Frankfurt/M)

Postfach

26380 Wilhelmshaven